

ආදර්ශ අයදුම්පත්‍රය

නැගෙනහිර පළාත් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ ආයුර්වේද රෝහල්වල වෛද්‍ය අධිකාරී (ආයුර්වේද) තනතුරට බඳවා ගැනීම සඳහා වන ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2025

භාෂා මාධ්‍යය

සිංහල - S දෙමළ - T

(අදාළ ඉංග්‍රීසි අක්ෂරය කොටුව තුළ ලියන්න)

ස්ථීර පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :

1.0 i. නිලධාරියාගේ නම : Rev/Mr/Mrs/Miss

ii. වර්තමාන සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය :

iii. දැනට දරන තනතුර :

iv. සේවය හා ශ්‍රේණිය :

v. ස්ථීර ලිපිනය :

(සිංහලෙන්/දෙමළෙන්)

vi. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :

vii. උපන් දිනය :

viii. 2025.06.16 දිනට වයස :

ix. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

x. දුරකතන අංකය :

පොද්ගලික :..... රාජකාරි :.....

xi. මුල් පත්වීම් දිනය :

xii. සේවය ස්ථීර කළ දිනය :

xiii. I ශ්‍රේණියට උසස් වූ දිනය :

xiv. ශ්‍රී.ලං.ආ.වෛ.සේ. I ශ්‍රේණියේ සේවා කාලය තුළ ලබා ඇති වැටුප් රහිත නිවාඩු පිළිබඳ විස්තර :

සිට

දක්වා

අවුරුදු

මාස

දින

.....			
.....			
.....			

xv. අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසාන දිනට I ශ්‍රේණියේ සක්‍රීය සේවා කාලය :

අවු මාස දින

xvi. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් :

ලබා ඇති උපාධි/ පශ්චාත් උපාධි/ පශ්චාත් උපාධි ඩිප්ලෝමා	විෂය ක්ෂේත්‍රය	විශ්ව විද්‍යාලය/ පුහුණු ආයතනය	වලංගු දිනය

xvii. ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද වෛද්‍ය සේවයේ සේවා කාලය තුළ ලබා ඇති සේවා පළපුරුද්ද පිළිබඳ විස්තර:

දරන ලද තනතුර	ආයතනය	සේවය කළ කාල සීමාව	
		සිට	දක්වා

xviii. වාර්ෂික කාර්යය සාධන ඇගයුම :

අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසන් දිනට පූර්වාසන්න වර්ෂ 5 තුළ ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම් පිළිබඳ විස්තර (අදාළ නොවන වචන කපා හරින්න)

වර්ෂය	ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම්
2020	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2021	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2022	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2023	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2024	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක

xix. පුහුණු පාඨමාලා පිළිබඳ තොරතුරු :

පුහුණු පාඨමාලාව	පාඨමාලා කාලය	පුහුණු ආයතනය

2.0 අයදුම්කරුගේ සහතිකය

- (අ) මෙම ඉල්ලුම්පත්‍රයේ මවිසින් සපයා ඇති තොරතුරු මා දන්නා තරමින් සත්‍ය හා නිවැරදි බව ගෞරවයෙන් ප්‍රකාශ කර සිටිමි. මෙහි යම් කොටස් සම්පූර්ණ නොකිරීමෙන් සහ/හෝ වැරදි ලෙස සම්පූර්ණ කිරීමෙන් සිදුවිය හැකි අලාභය විඳදුරා ගැනීමට එකඟ වෙමි. තවද මෙහි සියළුම කොටස් නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඇති බව ද ප්‍රකාශ කරමි.
- (ආ) තවද, ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය පැවැත්වීම සම්බන්ධයෙන් පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා ලේකම් විසින් පනවනු ලබන නීතිරීතිවලට මම යටත් වන බවද ප්‍රකාශ කරමි.
- (ඇ) මෙහි සඳහන් කිසිදු තොරතුරක් පසුව වෙනස් නොකරමි.

දිනය:

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

3.0 දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දන්වමි.

දිනය :

.....

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නම :

තනතුර :

ලිපිනය :

(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කරන්න.)

4.0 අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සභාවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දන්වමි.

දිනය :

.....

අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන

නම :

තනතුර :

ලිපිනය :

(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කරන්න.)

5.0 ආයුර්වේද කොමසාරිස් / පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙනෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සභාවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දන්වමි.

දිනය :

.....
අත්සන

නම :

තනතුර :

ලිපිනය :

(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කරන්න.)